

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 avril 1893, à 1 heure

Par ALBERT LARSONNEUR

Né à Le Guislain, le 15 juin 1868.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

MÉTHODE COLOPEXIQUE

DANS LE TRAITEMENT

DES PROLAPSUS COMPLETS DU RECTUM

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
 { MAYGRIER, BRUN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

180
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 avril 1893, à 1 heure

Par ALBERT LARSONNEUR

Né à Le Guislain, le 18 juin 1868.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

MÉTHODE COLOPEXIQUE

DANS LE TRAITEMENT

DES PROLAPSUS COMPLETS DU RECTUM

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
 { MAYGRIER, BRUN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLÉY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUCHARD

Médecin de l'hôpital Bichat

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMBE

Médecin de l'hôpital Bichat

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine

DE LA

MÉTHODE COLOPEXIQUE

DANS LE TRAITEMENT

DES

PROLAPSUS COMPLETS DU RECTUM

PRÉLIMINAIRE

Le terme « *prolapsus du rectum* » est appliqué à diverses affections : il désigne en même temps les exanies muqueuses et les exanies rectales, qu'on a distinguées par les expressions de prolapsus partiels et de prolapsus complets du rectum.

Nous n'avons en vue dans cette étude que le traitement du prolapsus complet.

Nous éliminons donc une fois pour toutes les exanies muqueuses ; et par prolapsus du rectum nous entendrons seulement les prolapsus constitués par le renversement de toutes les tuniques intestinales.

Pendant longtemps on a regardé les prolapsus rectaux un peu considérables comme n'étant pas justiciables de traitement actif. Aujourd'hui, plusieurs méthodes se partagent la faveur des chirurgiens. Il en est une de date récente qui consiste à rétablir les attaches supérieures du rectum : c'est la *méthode colopexique*.

Nous nous proposons d'étudier ce nouveau traitement, de passer en revue les critiques qu'il a suscitées et de discuter ses indications.

Avant d'aborder cette étude, il est nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur les divers traitements de l'exanie rectale et de rappeler les moyens de fixité du rectum, les causes et les variétés du prolapsus, car il nous sera plus facile alors de comprendre l'objet de la méthode colopexique et d'en juger mieux les résultats.

Grâce à la libéralité de MM. Jeannel, Poncet, Richelot et Tuffier, nous pouvons publier plusieurs observations inédites. Nous les prions de croire à toute notre reconnaissance.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, et en particulier MM. Berger, Huchard, Lacombe, agréent l'hommage de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et pour leurs leçons si pleines d'enseignement auxquelles nous sommes tant redevable.

Nous remercions bien sincèrement M. le Professeur Duplay qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les traitements du prolapsus rectal sont très nombreux : ils ont varié avec les opérateurs, avec l'opinion que l'on avait sur l'étiologie de l'affection et avec la gravité du prolapsus.

On peut les grouper sous quatre chefs principaux :

1^o *Traitement médical.* — Ce traitement, qui peut suffire dans les prolapsus partiels légers, se compose d'applications froides ou astringentes, d'injections de strychnine ou d'ergotine, de courants électriques, de bandages, etc. Comme il est le plus simple il a été le plus employé.

2^o *Traitements qui s'adressent au sphincter anal ou au plancher périnéal.* — Hippocrate et tous les médecins de l'antiquité pratiquaient volontiers la cautérisation du sphincter anal dans le but d'obtenir des cicatrices qui, en resserrant l'anus, empêcheraient la chute du rectum. Pour se mettre à l'abri d'hémorrhagies quelquefois considérables qu'amenait la cautérisation, Dupuytren excisait plusieurs plis rayonnés de l'anus. Robert alla plus loin : il enlève un V de parties molles dont le sommet répond au coccyx et l'extrémité des branches aux parties latérales de l'anus. De nos jours, l'idée de Robert a été reprise, son procédé a

été modifié et a donné naissance à de nombreux traitements anaux et périanaux (Lange, Duret, Schwartz, etc.).

3° *Traitement direct de l'intestin prolabé.* — En présence d'un prolapsus complet, beaucoup de chirurgiens pensent qu'il faut les traiter comme une véritable tumeur et conseillent l'excision (cautérisation, ligature, etc.). Mais ce moyen radical n'est pas à l'abri de tout danger ; il a déterminé des accidents mortels (Auffret) et il est souvent suivi de récédive.

4° *Rétablissement des moyens de fixité. Création d'adhérences.* — Dans ces derniers temps, on a cherché à maintenir le rectum dans sa situation normale en rétablissant ses moyens d'attache supérieurs (Colopexie) et inférieurs (Rectopexie infero-postérieure) (1).

En résumé, tous ces traitements, sauf la Colopexie, ont pour but : soit de rétrécir l'orifice anal, soit de lutter contre la perte de tonicité du plancher périnéal, soit de rétablir les moyens de fixité inférieurs du rectum. Presque tous ces procédés ont à leur actif quelques bons résultats. Malheureusement, ils échouent devant les exanthes rectales volumineuses pour la raison bien simple qu'ils opposent, pendant un court espace de temps seulement, un obstacle au prolapsus ; ils masquent simplement l'affection qu'ils devraient guérir.

1. Verneuil. Soc. de Ch., 4 décembre 1889. — G. Marchand. *Rectopexie inf. post. modifiée*. Soc. de Ch., 31 décembre 1890.

CHAPITRE II

MOYENS DE FIXITÉ DU RECTUM

Nous n'entrerons pas dans les détails de direction, de situation ni de rapports du Rectum ; qu'il nous suffise de dire qu'on peut lui considérer deux parties : une supérieure, dite sus-péritonéale, enveloppée par la séreuse qui lui forme une sorte de méso ; une inférieure, appelée sous-péritonéale, dépourvue de péritoine, ce qui nous fait comprendre comment il peut y avoir des Prolapsus avec ou sans péritoine.

Dans son trajet à travers le petit bassin, le rectum est maintenu : 1° par des moyens de fixité inférieurs ; 2° par des moyens de fixité supérieurs.

a) Moyens de fixité inférieurs. — Le détroit inférieur du bassin est fermé par un plan musculo-membraneux solide ou périnée, assemblage de muscles et d'aponévroses formant un véritable diaphragme qui s'attache sur les bords du détroit inférieur. Vers la partie moyenne de ce diaphragme existe un anneau musculaire, le sphincter externe de l'anus, dont les fibres entourent l'extrémité supérieure du rectum qui se trouve solidement enchâssée dans ce plan musculaire. Par sa tonicité, ce muscle sphinctérien maintient constamment fermé l'orifice anal.

Ainsi, l'extrémité anale du rectum a une situation

invariable. Ce n'est donc pas cette portion de l'intestin que l'on rencontre dans les prolapsus.

b) Moyens de fixité supérieurs. — Les attaches supérieures du rectum sont loin d'être aussi solides que les inférieures. Les replis péritonéaux qui l'unissent aux organes génito-urinaires, le péritoine qui l'enveloppe en avant, le tissu cellulaire au milieu duquel il plonge, les vaisseaux et les nerfs qu'il reçoit, ne constituent pas un moyen de contention suffisante pour résister aux causes du prolapsus.

CHAPITRE III

CAUSES DU PROLAPSUS.

Par son but physiologique et par ses rapports avec les organes de la gestation chez la femme, le Rectum éprouve des changements fréquents dans sa situation normale. Son rôle d'organe d'expulsion des matières fécales lui fait subir un concours de forces quelquefois considérables et des déplacements dans sa longueur qui peuvent amener une invagination : la partie supérieure, étant plus ou moins mobile, pénètre dans l'inférieure qui est fixe. Si le Rectum ne sort pas à l'état normal, c'est grâce à la tonicité du sphincter de l'anüs et à la solidité du plancher périnéal. Mais lorsque la résistance sphinctérienne est vaincue par une force quelconque, les tuniques du rectum, sous l'action expulsive des muscles abdominaux, sont refoulées en bas et l'exanie est produite.

Il est évident que le Prolapsus serait impossible si les attaches supérieures du rectum étaient solides et restaient intactes.

CHAPITRE IV

VARIÉTÉS DU PROLAPSUS.

Les quelques considérations précédentes permettent d'entrevoir un grand nombre de variétés de prolapsus.

Lorsque, d'une part, les moyens de fixité supérieurs ne sont pas trop relâchés et que d'autre part les inférieurs ont conservé à l'extrémité anale du rectum sa situation normale, il peut se former une invagination intestinale sans exanie.

Lorsque l'exanie est produite, son développement est illimité, car il dépend surtout du degré de relâchement des attaches supérieures du rectum.

La méthode colopexique a précisément pour but de rétablir ces moyens de fixité.

CHAPITRE V

MÉTHODE COLOPEXIQUE.

Le mot « *colopexie* » est de création récente. Etymologiquement il veut dire fixation de l'intestin; il sert à désigner la fixation du côlon à la paroi abdominale. On est allé plus loin et l'on a compris sous ce terme la fixation de l'intestin à la paroi abdominale antérieure avec création d'un anus artificiel. Il est évident que ce mot « *colopexie* » est incapable, de par sa naissance, d'exprimer une telle opération qu'on a du reste nommée depuis: *colopexotomie* (fixation et ouverture de l'intestin), le mot *colopexie* étant réservé à la fixation du côlon sans anus artificiel. Nous nous servirons donc de ces deux expressions avec leur dernière signification.

La première tentative de traitement d'un Prolapsus rectal par le procédé colopexique a été faite avec un anus artificiel. Elle est due à M. Jeannel, de Toulouse, qui l'a pratiquée le 6 février 1889. La publication de cette colopexotomie fit songer à la possibilité d'une colopexie simple, opération qui depuis a été effectuée plusieurs fois.

Nous avons donc à étudier successivement : 1° la *colopexie* et 2° la *colopexotomie*.

A. — *Colopexie*.

Dans l'édition de 1888 de son livre « *Diseases of the Rectum* », H. W. Allingham avait entrevu la possibilité

d'une semblable opération. « Comme il est quelquefois impossible, dit-il, d'obtenir la guérison du prolapsus au troisième degré (1) par des applications de cautères, il m'est venu à l'idée qu'on pourrait faire une petite incision à travers la paroi abdominale antérieure gauche, juste au-dessus du tiers externe du ligament de Poupart. Alors, introduisant les doigts dans l'abdomen, je tirerais sur le rectum et l'amènerais en haut, suffisamment pour remédier à la procidence ; ensuite je passerais un fil de soie à travers le mésentère et le fixerais à la paroi abdominale. Je fermerais l'incision selon la méthode adoptée pour la section des parois abdominales. Par ce procédé j'espérerais obtenir une adhérence primitive et prévenir un retour de l'invagination de la partie supérieure du rectum dans la partie inférieure. »

En juillet 1890, Allingham n'avait pas encore rencontré de cas susceptible d'un semblable traitement.

OBSERVATION I

Le 5 novembre 1889 M. le professeur Verneuil pratiqua la colopexie simple sur une malade âgée de 26 ans, atteinte d'un prolapsus qui avait résisté à plusieurs tentatives de traitement, même à la rectopexie postéro-inférieure.

1. Par le troisième degré l'auteur entend les cas dans lesquels la partie supérieure du rectum s'invagine dans l'inférieure, mais ne sort pas par l'anus.

Cette observation a été rapportée par Lyot dans sa thèse de 1890 : « Incision de 4 centimètres parallèlement à l'arcade crurale. On tombe sur l'ovaire malade qui est enlevé, puis sur l'intestin qui est fortement attiré en haut et fixé de la manière suivante : tous les appendices graisseux de l'S iliaque furent réunis en une seule masse à l'aide d'un crin dont les extrémités furent passées à un centimètre environ des bords de la plaie, à travers la paroi abdominale. Un deuxième point fut passé à travers le mésentère et fixé de la même façon. »

La guérison se fit sans accident ; mais peu de temps après, le prolapsus se reproduisit. Il n'a pas augmenté depuis et reste beaucoup moins volumineux. Il faut reconnaître, dit M. Verneuil (1), que la situation de la malade a été notablement améliorée.

Ce n'était donc qu'un insuccès partiel, vu les tentatives antérieures qui avaient certainement fait perdre au rectum la faculté d'être entièrement réductible.

OBSERVATION II

Defontaine, cité par Jeannel, a exécuté une colopexie chez une femme atteinte de prolapsus rectal et de descente utérine ; mais il a cherché, par la même opération, à remédier aux deux affections. Il a donc fait une laparotomie médiane qui lui a permis « de trouver, d'élever et de fixer l'utérus par une hystéropexie d'abord, puis de chercher et de découvrir le côlon, de réduire le prolapsus, de saisir enfin deux appendices épiploïques qu'il sutura à la corne gauche de l'utérus à l'aide d'un fil dont les

1. Verneuil. — Soc. de Ch. — Séance du 4 décembre 1889.

chefs furent noués, après avoir traversé le péritoine et les muscles de chacune des lèvres de l'incision abdominale (1) ».

Le résultat immédiat fut excellent ; mais nous ne connaissons pas le résultat ultérieur.

Ces observations, trop incomplètes dans leurs détails, ne comportent pas des indications nettes pour la Colopexie. L'observation de M. Verneuil nous apprend cependant que l'intestin a été suspendu à la paroi abdominale par le mésentère. C'était du reste l'idée dominante aux débuts de la méthode. M. Jeannel soutenait, en effet, que les parois musculaires de l'intestin devaient être respectées. Nous verrons dans quelques instants qu'il revient de cette opinion, et que l'accolement direct de l'intestin à la paroi abdominale est une des conditions du succès.

Voici la traduction d'une observation de Colopexie pratiquée le 6 janvier 1890 par McLeod, médecin-major à Calcutta. Dans cette observation, on trouve relatées les conditions dans lesquelles l'opération a eu lieu et la méthode assez originale qui a été suivie.

OBSERVATION III

Un jeune Indien (1), âgé de 19 ans, était atteint d'un grave prolapsus du rectum. La maladie avait commencé, il y a 8 ans, à la suite d'une attaque de dysentérie. Le prolapsus a augmenté insensiblement, et peu à peu, la masse est devenue difficile à

1. Jeannel. *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1892.

1. *A new operation for prolapsus or procidentia of the rectum*.
The Lancet, July, 1890:

réduire. Le sphincter anal est fortement relâché et manque de tonicité ; la muqueuse est congestionnée, turgescente, avec des veines dilatées et saignant facilement.

On essaie la cautérisation. Suppositoire de morphine et opium à l'intérieur.

Le prolapsus se reproduisit, et 15 jours après, l'exanie était aussi volumineuse qu'auparavant.

Seconde opération. — Chloroforme. Réduction du prolapsus. La main gauche huilée fut introduite à travers le sphincter, dans le rectum, avec la plus grande facilité. Les parois abdominales étant minces, la main pouvait faire saillie au-dessus de l'arcade crurale dans la région inguinale gauche. On fit en sorte de rejeter en dedans l'intestin grêle avec la main qui était dans le rectum. Une longue aiguille d'acier fut alors enfoncée de dehors en dedans, à travers les parois abdominales, dans la cavité intestinale ; on la fit sortir à une distance de trois pouces du point de son entrée. L'aiguille était placée parallèlement et à environ un pouce au-dessus de l'arcade crurale. Une autre aiguille semblable à la précédente fut enfoncée de même à environ trois pouces au-dessus de la première et un peu en dehors, afin d'assurer à l'intestin une position oblique de bas en haut et en dehors. La partie supérieure du rectum fut ainsi temporairement fixée, dans la position voulue, par ces deux aiguilles, sans le secours de la main gauche qui fut retirée.

Une incision d'environ trois pouces de longueur fut pratiquée entre les deux aiguilles, faisant un angle droit avec elles, en suivant l'axe de l'intestin, et le plus en rapport possible avec la partie moyenne de ce dernier.

Les couches de la paroi abdominale furent divisées avec soin

dans la même étendue, une par une, jusqu'au péritoine pariétal qui bomba quelque peu à travers la plaie.

La main gauche fut de nouveau introduite dans l'intestin pour éviter la ponction de la séreuse et pour servir de guide au passage du fil. 1° Deux séries de points de suture au fil de soie furent placées (4 anses de chaque côté) à une distance d'environ un pouce des bords de la plaie, chaque anse rattachant la séreuse et les tuniques musculaires de l'intestin à la paroi abdominale ; 2° pour fermer la plaie, une série de points de suture au fil de soie, comprenant comme les précédents les parois externes du rectum, furent passés à travers les lèvres de la plaie ; 3° entre ces derniers on mit quelques crins superficiels pour achever l'adaptation des lèvres cutanées.

Le malade supporta très bien l'opération. Suppositoire de morphine, opium à l'intérieur. Les aiguilles furent retirées au bout de 24 heures ; elles étaient noires mais n'avaient pas d'odeur fécaloïde.

Réunion par première intention. Le neuvième jour les crins et quelques fils de soie furent enlevés. Les autres furent simplement coupés à mesure qu'ils entamaient la peau. Le rectum était rempli de matières dures et en petites masses qu'on retira à l'aide d'une curette. Le soir de ce neuvième jour, le thermomètre monta et il y avait un peu de tympanisme abdominal.

Le dixième jour au matin la fièvre avait un peu baissé. Tous les fils furent enlevés. Attaques répétées de vomissements bilieux. Tympanisme abdominal.

Onzième jour. Température continua à descendre. Les vomissements bilieux avaient cessé. Le ventre était souple et indolent.

Jusqu'au seizième jour, température normale, selles faciles et abondantes.

Dix-septième jour. Le rectum occupait sa position normale. Les ulcérations étaient guéries et le sphincter avait regagné sa tonicité. Aucun signe de prolapsus.

Le 8 avril, c'est-à-dire près de trois mois après l'opération, on purgea le malade et on lui fit prendre la position assise pour aller à la selle. Dans la journée il eut 5 évacuations liquides, sans prolapsus.

Le 9 avril, le sujet fut présenté à la société médicale de Calcutta et le 11 il rentra chez lui absolument guéri. »

Nous sommes heureux de pouvoir publier, grâce à l'obligeance de M. Jeannel, les deux observations suivantes :

OBSERVATION IV

Prolapsus du rectum. Rectopexie postérieure. Récidive. Colopexie par suture du mésentère. (Inédite).

Anne X..., âgée de 64 ans, entre le 16 mai 1892, salle Saint-Vincent, dans le service de M. Jeannel. Antécédents héréditaires et personnels excellents. Deux grossesses et accouchements normaux.

La malade vient pour un Prolapsus du rectum qui forme dans les efforts de défécation une tumeur régulière du volume d'une moitié d'orange. L'examen comprend toutes les tuniques rectales ; elle a débuté il y a 20 ans et a augmenté peu à peu sans incident particulier : elle a toujours été facilement réductible. L'affection a résisté à tous les traitements antérieurement subits par la

malade : cautérisations au nitrate d'argent, applications froides, etc.

Comme l'orifice anal était régulier et occupait le centre de la tumeur, M. Jeannel pensa que le mésocôlon iliaque ne descendait pas, que tout était limité au rectum et que la rectopexie était l'intervention indiquée.

Une rectopexie postérieure fut donc exécutée le 19 mai; les suites en furent excellentes et le 16 juin la malade sortait apparemment guérie.

Au commencement du mois d'octobre la malade revint avec une récurrence de son prolapsus rectal et une chute de l'utérus.

Le 13 octobre 1892, colopexie par suture du mésentère : incision de Littre, découverte facile du côlon, réduction du prolapsus par tractions sur l'intestin. L'anse de côlon herniée aussi peu que possible étant saisie entre le pouce et l'index de la main gauche de façon à bien marquer la limite de l'insertion du mésentère. M. Jeannel traverse à un centimètre de cette insertion, aussi bas que possible vers l'angle inférieur de la plaie et dans un point dépourvu de vaisseaux, le mésentère avec une aiguille de Reverdin mousse et courbe qui ressort deux centimètres au-dessous après avoir ainsi traversé deux fois toute l'épaisseur du mésentère; un fil de soie est amorcé sur l'aiguille; celle-ci est retirée; le mésentère se trouve de la sorte saisi ou suspendu dans une anse de fil qui ne touche en rien l'intestin. Quatre anses de fil espacées d'un centimètre environ sont semblablement placées. Les chefs d'une même anse sont passés à l'aide d'une aiguille de Reverdin, l'un à travers la lèvre supérieure de l'incision péritonéo-musculaire, l'autre dans la lèvre inférieure, puis ils sont noués ensemble.

Le mésentère se trouve ainsi appliqué et soudé à la paroi abdo-

minale dans toute l'étendue de la plaie lorsque les quatre points sont serrés. Un surjet de catgut rend plus exacte la suture de l'aponévrose du grand oblique.

Des points séparés au crin de Florence réunissent la peau.

Les suites de l'opération ont été régulières, la réunion s'est faite par première intention et le prolapsus s'est maintenu réduit.

Le 12 décembre suivant, M. Jeannel a revu la malade qui avait une légère récidue. L'anus était insuffisant et le prolapsus muqueux mesurait quatre centimètres.

L'observation suivante montre ce que le procédé opératoire avait d'insuffisant dans le cas précédent pour assurer la guérison du Prolapsus.

OBSERVATION V

Prolapsus rectal hémorroïdaire. Colopexie. Guérison. (Inédite).

M..., chiffonnier, 64 ans, entre le 19 octobre 1892, dans le service de M. Jeannel. Etat général très bon. On ne note rien dans les antécédents.

Le prolapsus est survenu à la suite d'hémorroïdes, a débuté il y a une vingtaine d'années et a évolué progressivement.

Actuellement on constate une tumeur exaniée, rouge violacée, de la grosseur du poing, sillonnée de plis rayonnés et de trajets veineux, présentant des saillies hémorroïdales et des plaques ecchymotiques. L'exanie est en grande partie constituée par le bourrelet hémorroïdal ; mais la paroi rectale a été également entraînée.

Le sphincter anal est relâché ; le prolapsus se produit quelquefois en dehors de la défécation ; il y a de vives douleurs déterminées par l'irritation constante des hémorroïdes ; la constipation est habituelle, la défécation pénible ; une sécrétion muco-purulente souille constamment le malade.

Colopexie le 27 octobre. L'incision abdominale ayant été pratiquée un peu loin de l'arcade crurale, la recherche du côlon a présenté quelques difficultés. Réduction du prolapsus par traction sur le côlon. L'intestin est suspendu à la paroi péritonéo-musculaire par trois anses de fil de soie passées à travers le mésentère ; l'un des fils affleure et entame un peu les tuniques intestinales.

Pour compléter l'adaptation de la paroi musculaire : suture en surjet en utilisant les bouts des fils mésentériques. Crins de Florence pour la plaie cutanée.

La suture du mésentère a été quelque peu laborieuse, l'incision étant un peu courte et le malade mal endormi.

Issue d'hémorroïdes le soir de l'opération. On réduit le bourrelet variqueux.

Les suites de la colopexie ont été d'une simplicité parfaite. Pas de fièvre, pas de réaction. Pendant les huit premiers jours on pouvait croire à une réunion immédiate, mais le dixième jour il se forme un abcès. Suppuration et élimination du surjet, et par conséquent du fil mésentérique. Aucun accident inquiétant.

Un mois plus tard, le malade sort de l'hôpital, les hémorroïdes ne sont pas procidentes ; le prolapsus ne se reproduit pas même au moment de la défécation.

M. Jeannel a revu son opéré deux mois après sa sortie de l'hôpital, et il a constaté la persistance de la guérison du prolapsus.

Ajoutons que les hémorroïdes n'ont pas reparu.

Ces deux dernières observations sont pleines d'enseignement. En laissant de côté, pour l'instant, la question de gravité formulée contre la Colopexie, ainsi que la valeur de la rectopexie postérieure, nous pouvons dire : 1° que la Colopexie par suture du mésentère à une distance même minime de l'intestin peut n'être pas suffisante ; 2° que la Colopexie par suture du mésentère au voisinage immédiat de l'intestin, en mordant même légèrement sur la paroi de ce dernier semble suffisante.

Pour que la Colopexie soit nécessairement et absolument efficace, il faut comprendre dans la suture, autant que faire se peut, la tunique musculaire du rectum, en respectant la muqueuse.

C'est ce qui a été fait dans notre troisième observation ; c'est ce que M. Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, a exécuté chez une petite fille. L'opération a eu un plein succès et la guérison se maintient aujourd'hui c'est-à-dire 18 mois après la colopexie.

Nous donnons cette observation, que M. Poncet a bien voulu nous confier.

OBSERVATION VI

Chute du rectum proprement dite chez une enfant de 5 ans. Inagination à deux cylindres formant une tumeur de 10 cent. environ de longueur. Colopexie. Guérison. Résultat constaté 18 mois après l'opération. (Inédite).

M. G..., âgée de 5 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le

service de M. Poncet, salle Saint-Paul, lit n° 74, le 3 septembre 1891.

Cette fillette est atteinte d'une exstrophie vésicale ; elle présente également une chute du rectum qui, depuis quelques mois, s'est accrue notablement. Au dire des parents, le prolapsus date de la naissance ; mais la tumeur se réduisait facilement et n'apparaissait guère qu'après les selles. Depuis 5 à 6 mois, à la suite de diarrhée, le prolapsus a augmenté ; et après les efforts de défécation, il a fallu maintes fois faire appeler un médecin pour procéder à la réduction.

A la campagne on a employé tous les moyens simples habituellement usités pour triompher de cette infirmité et cela sans aucun résultat.

La tumeur rectale descend jusqu'au niveau du creux poplité et donne lieu aux divers malaises de la chute du rectum proprement dite.

Sous l'anesthésie on obtient, non sans difficulté, la réduction ; mais au moindre effort la tumeur apparaît de nouveau.

En dehors de l'exstrophie vésicale il n'existe pas de malformations ; toutefois le périnée paraît manquer de résistance. — Mauvais état général.

15 septembre 1891. — *Opération.* — M. Poncet fait au-dessus de l'arcade crurale une incision parallèle, comme s'il avait voulu pratiquer une colotomie iliaque. Arrivé sur l'S iliaque il l'attire doucement au dehors, entre les lèvres de la plaie, jusqu'à ce que la chute du rectum ait complètement disparu. Alors, il passe un fil de soie au-dessous de l'S iliaque au niveau du bout inférieur de l'anse attirée au dehors ; ce fil n'ayant pas d'autre but que de maintenir l'S iliaque et la réduction du prolapsus, et d'indiquer à quel niveau doivent être faites les sutures.

L'intestin réintégré, M. Poncet applique 4 points de suture à la soie : chaque fil traverse dans une certaine épaisseur la couche musculaire de la plaie, l'aponévrose, le péritoine, chemine ensuite dans la paroi antérieure de l'anse intestinale sans entamer la muqueuse, puis sort par le bord aponévro-musculaire inférieur de la plaie.

Quatre fils sont ainsi méthodiquement placés. Avant de les nouer, on s'assure, le doigt d'un aide étant introduit dans le rectum, que cet organe est bien soulevé et maintenu tel.

M. Poncet applique ensuite un second plan de suture à la soie aseptique réunissant ce qui reste des bords musculaires et aponévrotiques.

Suture métallique des lèvres cutanées.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Les fils métalliques ont été enlevés le huitième jour.

Réunion par première intention. Un deuxième pansement a été laissé encore dix jours en place.

Pendant les premiers jours, l'enfant a été intentionnellement constipée et alimentée seulement avec du lait.

M. Poncet a revu cette enfant six mois après l'opération ; elle était gaie, enjouée ; elle avait engraisé. Lorsqu'elle allait à la selle, il ne se produisait plus aucun bourrelet.

Après une première opération (opération de Segond) pratiquée à cette époque, pour recouvrir la paroi postérieure de la vessie, il renvoya l'enfant chez ses parents. Le médecin qui lui donne des soins à la campagne écrit, à la date du 24 février 1893, que le résultat colopexique s'est maintenu.

La guérison date ainsi de dix-huit mois.

Tous les auteurs qui ont employé la méthode colopexi-

que comme traitement du prolapsus du rectum ont attaché l'intestin à la paroi abdominale antérieure.

Voici une observation dans laquelle le côlon a été fixé à la paroi postérieure.

OBSERVATION VII

Prolapsus rectal grave. Périnéorrhaphie postérieure insuffisante. Colopexie par la région lombaire. Récidive six mois après. (Inédite. Communiquée par M. le Dr Tuffier, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux).

Lib..., 36 ans, journalier. Entre à l'hôpital Cochin, le 31 mars 1890. Opéré antérieurement à l'hôpital Beaujon, décembre 1889, pour un prolapsus du rectum. Cette première intervention, faite par M. Tuffier, a consisté en une large périnéorrhaphie postérieure. Un large triangle de peau dont la base correspondait au contour postérieur de l'anus et le sommet au coccyx, fut disséqué et excisé, et les bords de la plaie furent réunis par première intention. Le résultat opératoire fut très bon. Les fils furent enlevés le septième jour et la cicatrice resta parfaite. Au quinzième jour, le malade se levait et le rectum paraissait maintenu ; mais la récidive eut lieu sous l'influence des premiers efforts.

Actuellement, dans le décubitus dorsal du malade, le rectum n'est pas prolabé ; on trouve toute la région périnéale molle et flasque. Le toucher rectal fait constater une atonie du sphincter, et dès que le doigt pénètre dans l'ampoule, il se perd au milieu des replis de la muqueuse. Sous l'influence de la marche ou d'un effort, le prolapsus acquiert 8 centimètres de longueur en arrière et environ 6 en avant. Son épaisseur et son volume font penser

qu'il s'agit là d'un prolapsus complet et non pas une simple hernie de la muqueuse.

Le 9 avril 1890. — *Opération.* — Chloroformisation. Incision lombaire verticale à 4 travers de doigt des apophyses épineuses et mesurant 10 centimètres de longueur dont deux empiètent sur la fosse iliaque. Recherche et découverte facile du côlon descendant. Décollement de l'intestin à travers la plaie lombaire dans toute l'étendue de la fosse iliaque jusqu'à la partie supérieure du rectum. Ce décollement s'effectue assez facilement, à cause de la mobilité anormale de l' S iliaque. Un aide place alors le doigt dans le rectum et sent très nettement que les tractions exercées sur l'intestin par la plaie lombaire se transmettent au rectum et le tendent très nettement. M. Tuffier fixe alors à la soie la paroi intestinale à l'aponévrose lombaire, bord interne de la plaie. Les fils ne pénètrent que dans la couche musculieuse de l'intestin dont ils prennent un centimètre de largeur. Ils sont distants environ de 8 à 10 millimètres les uns des autres. Fermeture en étages au catgut de la plaie lombaire. Suture totale de la peau au crin de Florence.

Aucun incident post-opératoire. Constipation pendant 9 jours au moyen des pilules d'opium. Régime sec. On enlève les fils le neuvième jour. Le malade reste dans le décubitus dorsal pendant 25 jours ; puis il commence à se lever. M. Tuffier a gardé ce malade occupé comme infirmier jusqu'au 27 septembre 1890 dans le service, sans qu'il eût trace de récurrence. A ce moment, il devient peu à peu irritable et maniaque et voulut sortir. Au mois de novembre 1890 son prolapsus réapparut et il succomba en pleine aliénation mentale en décembre 1890.

Nous n'avons pas su les raisons qui ont déterminé

M. Tuffier à choisir la voie lombaire. Ce n'est certainement pas la crainte d'ouvrir le péritoine, bien que ce soit là le motif principal qui ait fait adopter autrefois cette région pour l'établissement de l'anus artificiel. Nous croyons plus volontiers que c'est pour éviter une coudure possible de l'intestin. Nous verrons plus loin ce qu'il y a d'exagéré dans cette crainte. Pour l'instant, examinons ce que la voie lombaire a de défectueux pendant et après l'opération.

Le côlon descendant, qui est la portion la plus fixe de l'intestin, est appliqué par le péritoine contre la paroi abdominale postérieure dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire. Or, avant de pouvoir agir sur les parties inférieures de l'intestin, il faut décoller le côlon, c'est-à-dire détruire ses moyens de fixité naturels qui peuvent être normaux même avec un prolapsus assez volumineux. Le décollement peut en outre offrir quelques difficultés.

Mais voici l'objection la plus sérieuse : l'opérateur se trouve trop éloigné du siège de la lésion ; pour réduire le prolapsus, il lui faut agir sur toute la longueur du rectum, sur l'S iliaque qui est quelquefois très flexueuse, et sur une partie du côlon. La réduction complète ne sera donc que très difficilement obtenue.

Admettons même que l'exanie puisse être réduite et que des adhérences artificielles solides fixent le côlon descendant à la paroi abdominale ; le prolapsus peut néanmoins se reproduire, car l'S iliaque peut se déplacer, s'allonger de nouveau ; alors, elle n'oppose plus d'obstacle à la partie du rectum qui tend toujours à s'exanier. La récurrence est donc inévitable.

B. — *Colopexotomie.*

La *colopexotomie* est la fixation de l'intestin à la paroi abdominale avec création d'un anus artificiel.

La première colopexotomie est due à M. Jeannel qui a eu la bonne fortune de faire l'autopsie de son ancienne malade morte subitement à la suite d'une affection cérébrale, trois ans et demi après l'opération.

Nous donnons le résumé de la première partie de cette observation bien connue.

OBSERVATION VIII

Il s'agissait d'une femme de 57 ans, atteinte de prolapsus de toutes les tuniques du rectum.

6 février 1889. — Incision de Littre sur la paroi abdominale antérieure gauche. Fixation de l'intestin et de quelques appendices épiploïques à la partie supérieure de la plaie.

12 février. — Création de l'anus artificiel.

Les suites de l'opération ont été absolument normales et le prolapsus ne s'est jamais reproduit.

16 septembre. — Procidence de la muqueuse par l'anus artificiel. Après réduction on applique sur toute la longueur de l'éperon une pince à phimosis faisant office d'entérotome ; le prolapsus muqueux disparut. Il se reproduisit quelques semaines plus tard.

Après une nouvelle application de pinces il n'y avait plus d'éperon en janvier 1890 et les matières fécales passaient exclusivement par le rectum.

Le 26 février 1890, la fermeture du trajet fistuleux fut définitivement achevée par une autoplastie; et le 1^{er} mai la guérison était complète.

Les résultats ont persisté jusqu'à la mort de la malade qui a succombé à une affection cérébrale trois ans et demi après l'opération. M. Jeannel a constaté au niveau de la cicatrice colo-abdominale les faits principaux qui suivent :

1^o L'épiploon recouvre la masse intestinale et adhère à la cicatrice pariétale. Le péritoine pariétal est sain.

2^o Au-dessous de l'épiploon, reposant sur le paquet des anses d'intestin grêle, on trouve l'S iliaque qui forme une anse en Ω dont la convexité est dirigée vers l'ombilic; l'une des extrémités, la supérieure, se continuant au niveau de la crête iliaque avec le côlon descendant; l'autre, l'inférieure, étant soudée à la cicatrice de l'anus iliaque et se continuant avec le rectum. Le cours des matières est libre et facile à travers cette S iliaque ectopiée.

3^o Au niveau de la cicatrice, le côlon est fixé par une couronne de *solides adhérences fibreuses défiant toute tentative de rupture par traction*.

4^o Le rectum est étendu en ligne droite, sans flexuosités aucune, de la cicatrice à l'anus interfessier.

5^o Il n'existe entre les anses intestinales aucune adhérence, aucun épanchement témoignant de l'existence ancienne ou récente d'une poussée péritonitique.

6^o L'utérus est bien en place sans apparence de prolapsus.

Ajoutons que l'anus interfessier avait sa forme et sa situation normale et que le sphincter avait recouvert toute sa tonicité.

Pendant notre deuxième année d'externat que nous avons eu l'honneur de passer dans le service de notre

excellent maître, le Dr P. Berger, nous avons été témoin d'une colopexie qu'il a pratiquée chez un malade antérieurement opéré pour un épithélioma du rectum. Au bout de six mois, un prolapsus considérable du côlon se produisit à travers l'anus cicatriciel nouveau et atteignit rapidement 8 centimètres de longueur. Il sortait dans les défécations et même dans la marche et comprenait toute l'épaisseur du rectum. Une ulcération de la muqueuse s'était faite sur la partie la plus saillante du prolapsus et déterminait des hémorrhagies et des douleurs intolérables.

Voici en quelques mots le résumé de cette observation :

OBSERVATION IX

Colopexotomie iliaque le 25 mai 1891 (1). Réduction complète du prolapsus par l'incision inguinale. Au lieu de se borner à fixer l'S iliaque hors de la plaie au moyen d'une baguette en verre passée au-dessous de l'intestin, M. Berger unit ce dernier solidement au péritoine pariétal et à l'aponévrose du muscle transverse par plusieurs points de suture comprenant quelques appendices graisseux au ras de la paroi intestinale, pour assurer une fixation plus solide et éviter que le rectum ne se laissât de nouveau entraîner.

Incision de l'intestin au bout de 9 jours. L'opération eut un plein succès.

Au mois de décembre suivant, application d'entérotome, et le 9 janvier 1892 occlusion de l'anus iliaque. Malheureusement au cours de sa tentative autoplastique, M. Berger rompit en un point les adhérences qui fixaient le côlon à la paroi ; il se décida

1. Cette observation est publiée « in extenso » dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 24 février 1892.

alors de les détacher entièrement pour réséquer la fistule et faire une entérorraphie.

La guérison du prolapsus persistait donc depuis huit mois.

Comme les adhérences colo-pariétales avaient été détruites, l'exanie devait fatalement se reproduire. C'est ce qui est arrivé. Dernièrement nous avons revu le malade dont le prolapsus est aussi volumineux qu'avant l'opération.

Il ne suffit donc pas pour guérir un prolapsus rectal de le maintenir réduit pendant quelques mois ; il faut que des adhérences solides s'établissent et que les nouvelles attaches soient respectées. C'est là en effet le point délicat de la méthode colopexique lorsque l'anus artificiel ne se ferme pas seul ; car si l'on brise les adhérences, le prolapsus se reproduit.

Nous remercions M. Richelot d'avoir bien voulu nous communiquer quelques renseignements sur les moyens qu'il a employés avec succès en pareille circonstance.

OBSERVATION X

Le malade de M. Richelot était un homme de 35 ans, atteint de prolapsus rectal depuis très longtemps, qui avait subi presque tous les traitements connus de cette affection.

14 juillet 1890. Opération. Chloroformisation. Colopexotomie avec *ouverture immédiate de l'intestin*. Les suites de l'opération ont été des plus simples et la guérison du prolapsus rectal a été complète.

L'année suivante, les 30 mars, 20 avril et 11 octobre 1891, M. Richelot pratiqua des opérations ayant pour but de fermer l'anus contre nature.

C'étaient de simples sutures à étages, avec ou sans avivement de la muqueuse intestinale, car il fallait essayer de fermer l'orifice anormal sans rompre ses adhérences à la paroi abdominale, afin de ne pas retirer au malade les bénéfices de la fixation.

Mais comme toutes les sutures, malgré le soin qu'on y apportait, échouèrent successivement, M. Richelot entreprit une opération plus radicale en adoptant un plan tout autre.

Le 9 novembre 1891 il agrandit l'incision et libéra entièrement l'intestin sur les trois quarts environ de la hauteur des adhérences. La partie supérieure de l'intestin fixé resta donc seule au contact de la paroi ; cette adhésion limitée devait suffire à maintenir l'S iliaque dans la situation où elle avait été mise et à prévenir le retour du prolapsus.

Ayant ainsi pénétré franchement dans le péritoine, M. Richelot ferme l'orifice anormal de l'intestin par trois étages de sutures à la soie fine ; il ramène sur la suture l'épiploon, sans d'ailleurs le fixer à la paroi intestinale, puis ferme complètement la plaie abdominale comme après une laparotomie.

Les suites de cette intervention furent très simples : aucune fistule intestinale ne se produisit et le prolapsus resta guéri. M. Pichelot a revu plusieurs fois le malade dans le courant de l'année 1892 ; la guérison ne s'est pas démentie.

CHAPITRE VI

MANUEL OPÉRATOIRE.

Nous devons envisager deux cas : ou bien la colopexie est simple, ou bien elle est accompagnée d'un anus artificiel.

1° *Colopexie*. — Voici les temps principaux de l'opération :

a) Incision de Littre (Nous avons implicitement expliqué, p. 28, pour quelles raisons il convient d'aller à la recherche du gros intestin par la paroi abdominale antérieure).

b) Recherche du côlon. Cette recherche peut être facilitée par l'introduction de la main ou d'une grosse sonde dans le rectum.

c) Réduction complète du prolapsus par traction exercée de bas en haut sur le côlon.

d) Suture à l'aide de 4 ou 5 anses au fil de soie ; chaque anse comprenant : 1° les couches péritonéo-musculaires de la lèvre supérieure de la plaie ; 2° l'insertion mésentérique et mieux les tuniques musculaires du rectum, en respectant la muqueuse ; 3° les couches péritonéo-musculaires de la lèvre inférieure.

e) Suture en surjet de la plaie musculaire.

f) Suture de la plaie cutanée à l'aide de crins de Florence.

g) Constiper le malade pendant quelques jours. Régime lacté.

On peut se demander si la réunion secondaire ne serait

pas préférable à la réunion « *per primam* » et l'une des observations de M. Jeannel semble l'indiquer. L'inflammation adhésive qui s'ensuivrait du côté du péritoine pariétal et viscéral augmenterait les chances de succès. Remarquons toutefois que dans le cas de M. Poncet la réunion s'est faite par première intention et la guérison persiste 18 mois après la colopexie.

2° *Colopexotomie*. — Lorsqu'il est utile d'ouvrir un anus artificiel voici les indications que donne M. Jeannel :

a) Incision de Littre, recherche du côlon et réduction du prolapsus comme dans la colopexie.

b) Etablissement de l'anus artificiel par le procédé en deux temps de Maydl-Reclus. (M. Richelot a effectué la fixation et l'ouverture de l'intestin dans la même séance ; les résultats ont été excellents).

c) Au bout d'un mois au plus tard entérotomie aussi profonde que possible.

d) Fermeture de l'anus artificiel par une autoplastie à double plan de lambeaux cutanés, si après une observation suffisamment prolongée, il est constaté que la fistule stercorale ne se ferme pas spontanément. Aider à la fermeture spontanée par les procédés usuels, cautérisation, compression.

Pour compléter le traitement des prolapsus rectaux par la méthode colopexique on peut agir sur les moyens de fixité inférieurs du rectum avec l'électricité, les applications froides et astringentes, etc. Il ne faut pas non plus négliger le traitement général chez ces malades qui sont en même temps des débilités dans l'immense majorité des cas.

CHAPITRE VII

CRITIQUES.

a). — Un grand nombre de réserves ont été formulées contre la méthode colopexique. Une des premières et la plus importante mettait en doute l'efficacité même du traitement et la solidité des adhérences artificiellement créées.

Après la première communication faite à l'Académie de médecine par M. Verneuil au nom de M. Jeannel, les réserves étaient plus que légitimes. Mais si l'on considère les observations qui ont été publiées depuis, les résultats de la méthode colopexique sont excellents (Voir *Résultats*, page 48).

Dans la pathogénie du prolapsus complet il faut tenir compte de deux facteurs : l'un, la perte des moyens de fixité supérieurs ; l'autre, la perte des moyens de contention inférieurs (Verneuil). Il est évident que la méthode colopexique est la seule qui permette de porter remède aux moyens de fixité supérieurs sans s'opposer au renforcement ni à l'établissement des moyens de contention inférieurs ; mais il y a tout lieu de penser que si les attaches supérieures du rectum sont suffisamment solides, on peut négliger les inférieures ; en tout cas, on peut regarder ces dernières comme des moyens accessoires et non indispensables.

La colopexie est une opération possible et efficace. Nous croyons pouvoir ajouter qu'elle est une opération rationnelle.

En effet, s'il est vrai que dans tout prolapsus, de quelque longueur qu'il soit, il y a dans la cavité abdominale une portion d'intestin mobile (1), toute prête à s'invaginer et à reproduire le prolapsus, le traitement de l'exanie rectale doit donc encore prévenir la chute des parties intestinales supérieures. Est-ce en rétrécissant l'orifice anal, en augmentant la tonicité du sphincter et du plancher périnéal, en s'adressant en un mot aux attaches inférieures que l'on arrivera à un tel résultat? La logique (si toutefois elle peut compter dans les sciences positives), d'accord ici avec les faits, répond négativement. L'ingénieur qui voudrait arrêter le cours d'un torrent n'établirait pas les barrages à l'embouchure; de même pour le prolapsus du rectum, le chirurgien ne doit pas avoir pour but principal de réformer ni de renforcer l'orifice anal; il doit aller plus haut, fixer l'intestin et l'arrêter dans sa chute. C'est ce que fait le procédé colopexique; il donne des attaches supérieures, solides, résistantes, qui maintiennent l'intestin et l'empêchent de descendre.

La colopexie, comme traitement du prolapsus du rectum, a encore cet avantage que l'opérateur voit ce qu'il fait. La difficulté de distinguer les parties constituantes d'une tumeur renfermant plusieurs cylindres intestinaux, du péritoine, et quelquefois une anse intestinale herniée

1. Ch. Nélaton. Soc. de ch., 26 novembre 1889.

(hédrocèle), doit rendre singulièrement pénible et même dangereuse une opération telle que l'excision.

b). — On a dit que la colopexotomie était elle-même une opération grave, compliquée, qui exigeait plusieurs interventions successives : laparotomie, colopexie, ouverture de l'intestin, fermeture de l'anus iliaque.

Les différents temps d'une opération sont-ils à proprement parler des complications ? Du reste, la réalisation des temps successifs que nécessite la colopexotomie est facile et ne présente pas de dangers sérieux pour le malade. On est obligé, il est vrai, d'ouvrir la cavité péritonéale ; mais nous ne sommes plus au temps où le péritoine était le « *noli me tangere* » chirurgical ; aujourd'hui la perspective de l'ouverture d'une cavité séreuse ne saurait arrêter le chirurgien. L'ouverture aseptique de la cavité péritonéale n'est grave que si l'opération qui nécessite cette ouverture est grave elle-même. Or, il est manifestement vrai que l'incision de Littre et la création d'un anus artificiel sont des opérations dépourvues de tout danger, du moins entre des mains aseptiques ; par conséquent, les premiers temps de la colopexotomie n'ont aucun caractère de gravité bien qu'ils comprennent les points délicats de l'opération.

Pour la question de temps, deux considérations peuvent faire prendre patience, dit M. Verneuil : d'abord lorsque la série opératoire est terminée tout est fini ; la guérison est complète et la récurrence peu probable. En second lieu, le temps qui s'écoule entre le début et la fin du traitement est mis à profit par le malade pour refaire son état général.

Quant à la colopexie simple elle est aussi bénigne, sinon

plus, que la colotomie de Littre ; dans les sept cas de colopexie que nous avons rapportés, les suites de l'opération ont été des plus simples, ainsi du reste que dans les trois colopexotomies.

c). — L'anüs artificiel peut être regardé comme une autre infirmité substituée à la première. Il faut donc se demander si les avantages que le malade retire de la guérison de son prolapsus sont suffisants pour contrebalancer les inconvénients d'un anus artificiel.

Il est vrai que l'anüs artificiel est une infirmité très pénible : à côté du dégoût provoqué par l'écoulement des fèces, il faut tenir compte des altérations cutanées, des érythèmes, des lymphangites déterminées par le contact incessant des matières.

Mais il n'est pas toujours indispensable d'ouvrir un anus artificiel ; on ne le crée que dans les cas graves lorsqu'on peut craindre que la colopexie simple serait insuffisante ; ensuite l'anüs iliaque n'est que *temporaire*.

Le prolapsus grave n'est-il pas la source d'inconvénients aussi pénibles que ceux de l'anüs artificiel ? En effet, il s'accompagne fréquemment de rétention ou d'incontinence des matières fécales ; il détermine des souffrances continues, quelquefois atroces par la rectite dont il est le siège, à tel point que la marche et la station assise sont presque impossibles ; il est encore une cause permanente de dangers pour la vie du malade car il peut s'étrangler et se gangréner.

L'état du patient se trouve donc très amélioré par la réduction du prolapsus même avec un anus artificiel.

d) La difficulté possible de fermer l'anüs iliaque a

fait l'objet d'une autre critique ; et l'on donne comme exemple des opérés qui ont gardé pendant 12 mois un anus artificiel.

Il n'est pas nécessaire, pour obtenir des adhérences solides, de laisser si longtemps les choses en l'état et d'attendre la guérison spontanée de l'anus iliaque. M. Jeannel pense qu'au bout de un ou deux mois après l'ouverture de l'anus iliaque on pourrait pratiquer l'entérotomie totale de l'éperon.

Disons toutefois qu'il n'y a pas d'intérêt à vouloir se presser, car c'est surtout pendant la première année que les récidives du prolapsus surviennent.

e). La recherche de l'S iliaque ne présente pas assez de difficultés pour être considérée comme une objection sérieuse. Le côlon est facilement reconnu à sa situation, à son point d'attache, à sa forme, à la direction de ses fibres et à ses appendices graisseux. Pendant sa première colopexotomie, M. Jeannel a cependant eu quelque peine à le découvrir. Il a d'abord rencontré une anse intestinale sur les parois de laquelle étaient nettement marquées des fibres longitudinales, mais sans appendices. A la place du côlon il n'y avait rien. Il est allé jusque dans le petit bassin où il a atteint l'ovaire, puis en arrière un gros cordon situé contre l'articulation sacro-iliaque, qui croisait à angle droit les vaisseaux iliaques : c'était le côlon. C'est pourquoi, M. Jeannel recommande, en cas de difficulté de trouver le gros intestin, de faire pénétrer par l'anus une grosse sonde ou même la main qui irait dans le rectum à la rencontre des doigts introduits dans la plaie abdominale.

f). La colopexie ne serait-elle pas passible des mêmes reproches que les autres procédés ; peut-elle empêcher toute descente ultérieure des intestins ?

Le prolapsus du côlon semble être assez fréquent en effet. Dans l'exanie on a souvent affaire à une tumeur non seulement rectale, mais colique ; d'après une statistique de Leichtenstern, le prolapsus du côlon se serait rencontré 41 fois sur 222 prolapsus, c'est-à-dire environ dans la proportion de 18 pour 100.

Remarquons que dans la colopexie, c'est la partie supérieure du rectum et même l'S iliaque qui sont fixés aux parois intestinales et cela à près de 25 centimètres de l'anūs ; or, il faudrait supposer que l'intestin fixé dans une position nouvelle, se mobilise sur une longueur de plus de 50 centimètres pour réapparaître à l'extérieur ; ce qui est peu probable.

Il y a donc lieu de supposer qu'on remonte assez loin au devant des parties qui tendent au prolapsus pour empêcher tout déplacement ultérieur.

g) Cette remarque amène une autre objection qui est la suivante : ne peut-il pas se former une coudure au niveau du point colopexié et finalement une obstruction intestinale ?

L'anūs artificiel a précisément pour but d'obvier à ces accidents. Néanmoins l'obstruction intestinale n'est pas à craindre dans la colopexie simple, car le gros intestin, bien qu'il reprenne au niveau de l'S iliaque les caractères de l'intestin grêle, a encore près de 5 centimètres de diamètre ; de plus, il n'est pas saisi par un point unique de sa circonférence, mais il est rattaché à la paroi abdominale

par une série de fils échelonnés parallèlement à son axe sur une longueur de 4 centimètres au moins. Dans ces conditions il est peu probable qu'une couture puisse se former jusqu'à obstruer la lumière de l'intestin. En tout cas, dans les sept colopexies simples que nous avons citées, cet accident ne s'est pas produit.

h) Dans une exanie rectale il peut y avoir deux sortes de prolapsus ; un prolapsus muqueux et une chute du rectum. La colopexie guérit-elle le prolapsus muqueux ; un prolapsus muqueux ne peut-il pas survenir après l'opération ?

Nous savons que le prolapsus partiel est toujours limité ; lorsqu'il est très prononcé, il s'accompagne alors de chute du rectum : il est plus apparent que réel. En réduisant le prolapsus rectal on fera disparaître celui de la muqueuse qui ne se reproduira pas surtout si l'on ne néglige pas les traitements locaux usités en pareille circonstance.

Quant à la production d'un prolapsus muqueux à la suite de la colopexie, la chose est possible ; mais son apparition ne doit évidemment rien à cette opération. Du reste, ce prolapsus partiel sera réduit à son plus simple développement, car la colopexie, en fixant la musculature intestinale, s'oppose à la sortie d'un prolapsus muqueux considérable.

i). On a dit aussi que la méthode colopexique ne convient pas à tous les prolapsus. Cela est vrai ; tous les moyens thérapeutiques en sont là et, comme toutes les opérations chirurgicales, la colopexie a ses indications et ses contre-indications.

CHAPITRE VIII

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉTHODE COLOPEXIQUE.

Avant de fixer l'intestin dans une situation nouvelle propre à lui assurer des moyens de fixité, il faut procéder à la réduction de la partie prolabée. Mais il est des cas où la tumeur est *irréductible*.

Toutes les tuniques de l'intestin peuvent être enflammées, la muqueuse rectale épaissie, le tissu cellulaire induré ; alors il serait très difficile de dégager les parties supérieures qui sont descendues. Dans ces conditions il ne faut pas songer à rentrer dans l'abdomen cette tumeur intestinale ; on ne gagnerait rien à vouloir la remettre en place ; au contraire, cette masse énorme, exerçant des tiraillements par son propre poids, s'opposerait à la formation des attaches artificielles.

L'irréductibilité de la tumeur peut tenir à de véritables adhérences établies entre les cylindres invaginés ; cela se voit dans les prolapsus de date très ancienne, qui sont restés longtemps non réduits. La destruction des adhérences serait une mauvaise besogne, car elle laisserait à sa suite des lésions pouvant amener des rétrécissements en se cicatrisant, et devenir ainsi une nouvelle cause de prolapsus.

Dans d'autres cas, l'état des parties herniées ne permet pas non plus la réduction du prolapsus ; quand il y a gangrène par exemple, il est absolument indiqué d'enlever la tumeur prolabée, quitte à pratiquer ensuite la colopexie.

Lorsque l'exanie est accompagnée d'une *tumeur* du rectum, la conduite du chirurgien est guidée par la nature de la tumeur. On conçoit alors deux catégories de faits absolument tranchées : la tumeur est de bonne ou de mauvaise nature. Pour M. Verneuil l'indication est nette dans le cas de cancer ; toutes les fois que le prolapsus est compliqué de tumeur maligne, il ne faut pas avoir recours à la colopexie. Néanmoins il peut se faire qu'à cause de la généralisation de l'infection cancéreuse, il soit contre-indiqué de tenter l'ablation de la tumeur. Il peut y avoir intérêt à réduire le prolapsus et à pratiquer la colopexotomie en prenant les plus grandes précautions pour ne pas déchirer l'intestin. Les matières fécales ainsi détournées de leur cours habituel, n'irriteraient plus l'ulcération cancéreuse qui se développerait par cela même moins rapidement. Mais la survie ainsi obtenue permettrait-elle de courir les chances de cette opération ? Toute la question est là. Il faut surtout considérer l'état général du malade.

Lorsque la tumeur est de nature bénigne, elle occupe le second plan de la situation. Il y a une si grande variété de faits offerts par la clinique qu'il serait absolument téméraire de vouloir les cataloguer. La tumeur peut être produite par un polype, des condylomes, des végétations, des chancres vénériens ; évidemment la conduite du chi-

rurgien variera avec les circonstances, avec le siège, l'étendue et la marche de l'affection.

Les exanies hémorroïdaires sont particulièrement fréquentes; elles ne sont pas une contre-indication à la colopexie. Après la réduction du prolapsus on peut les voir disparaître; c'est ce qui s'est produit chez un des colopexiés de M. Jeannel (Voir Obs. V).

Nous savons que les *rétrécissements* du rectum sont souvent une cause de prolapsus. C'est à l'excision qu'il faut avoir recours, même lorsque le rétrécissement est dû à la dégénérescence fibreuse d'un néoplasme syphilitique, au syphilome ano-rectal, car le traitement anti-syphilitique n'a plus d'action lorsque le syphilome est à sa période d'état.

Lorsqu'il existe des *phénomènes inflammatoires* rectaux graves, on peut supposer que la colopexie simple serait inefficace, car après la réduction, lors du passage des matières fécales, la rectite en donnant lieu à des douleurs, du ténésme et des tiraillements, empêcherait la formation des adhérences. Si la rectite est peu ancienne et médiocre, il n'est pas nécessaire de créer un anus artificiel: la colopexie suffit; on constipe le patient pendant quelques jours pour permettre aux phénomènes inflammatoires de s'atténuer.

Le prolapsus rectal s'accompagne souvent chez la femme de *descente de matrice*; faut-il, comme l'a fait Defontaine, pratiquer une hystéropexie et une colopexie? « J'ai montré, dit M. Jeannel, que le prolapsus utérin était une conséquence quasi obligée des prolapsus rectaux de la femme quelque peu importants. La situation anatomo-

mique, les points d'insertion sacrés, mais surtout rectaux des ligaments utéro-sacrés qui sont les véritables suspenseurs de l'utérus, rendent en effet inévitable la descente de la matrice, lorsque le rectum, l'S iliaque et leur méso s'effondrent à travers l'anus et le périnée. J'en ai fourni la preuve expérimentale et clinique : expérimentale, en montrant chez ma malade, lorsque le rectum était prolabé, qu'il suffisait de réduire avec les doigts le prolapsus rectal pour réduire le prolapsus utérin, celui-ci étant évidemment sous la dépendance directe de celui-là ; clinique, par les résultats de la colopexie qui a parfaitement suffi à procurer la guérison du prolapsus utérin... L'hystéropexie me paraît être tout au moins superflue. »

On pourrait encore envisager l'état général du malade, la possibilité d'une *maladie intercurrente*, etc., mais il n'y a là rien de spécial à la colopexie.

Un dernier point cependant doit attirer l'attention : c'est l'âge du patient. Chez l'enfant les exanies rectales sont en général partielles et leur guérison est surtout une affaire de temps. On peut se contenter de réduire la tumeur et de la maintenir au moyen d'un bandage. Mais lorsque l'exanie est constituée par toutes les tuniques de l'intestin, lorsqu'elle atteint plusieurs centimètres de longueur et à plus forte raison, lorsqu'elle descend jusqu'au creux poplité comme dans le cas de M. Poncet, le seul traitement qui convienne est la colopexie.

Le procédé colopexique a donc un vaste champ d'application puisqu'il est indiqué dans tous les cas de prolapsus total non compliqué d'affections organiques graves. Il est spécialement la méthode de choix lorsque le prolapsus est

formé par une invagination de l'S iliaque, ce qui se voit dans la proportion de 18 pour 100 des prolapsus, ou lorsque l'exanie s'accompagne d'hédrocèle, c'est-à-dire lorsqu'une anse intestinale est venue se loger en avant de la tumeur, dans le cul-de-sac péritonéal. C'est enfin le seul traitement qui doit être employé chez les sujets dont tout l'appareil fibro-musculaire du bassin est relâché, chez les femmes qui ont eu des grossesses multiples, chez les vieillards et les cachectiques.

M. Segond avait avancé que la résection primitive du rectum prolabé serait une condition du succès. Mais les faits ont montré que la résection préalable n'était nullement nécessaire.

On peut cependant entrevoir la possibilité de cas où l'excision et la colopexie s'associeraient avantageusement. Lorsque la tumeur herniée est volumineuse, irréductible ou atteinte de gangrène, il faut de toute nécessité l'enlever. Comme l'on sait que l'excision ne met pas à l'abri d'un nouveau prolapsus, il y aurait donc avantage à prévenir ce prolapsus par une colopexie complémentaire. Jusqu'ici cette vue de l'esprit n'a pas, que nous sachions, été mise à exécution. Rien cependant ne paraît devoir s'opposer à sa réalisation.

CHAPITRE IX

RÉSULTATS.

Si les considérations exposées précédemment n'étaient pas suffisantes pour répondre « *a priori* » aux critiques qui ont été faites contre la méthode colopexique, on peut invoquer aujourd'hui les faits qui fournissent toujours un argument sans réplique.

Voyons d'abord les résultats fournis par les autres méthodes. Nous laissons de côté les traitements anaux et périanaux qui sont absolument insuffisants dans les prolapsus complets du rectum, les seuls que nous ayons en vue.

Nous ne parlerons que de l'excision et de la rectopexie de MM. Verneuil et G. Marchand.

On a rapporté dans ces dernières années un grand nombre d'observations où l'excision a été pratiquée ; malheureusement la plupart ne donnent que le résultat immédiat, résultat qui est presque toujours bon quel que soit le traitement employé.

Cependant, l'opinion généralement admise est que l'excision ne met pas à l'abri d'une récurrence du prolapsus et qu'il faut souvent avoir recours à une nouvelle tentative. (Soc. de Ch., 4 décembre 1889).

Reste la Rectopexie inféro-postérieure. Dans la thèse de Soulié nous voyons que le premier rectopexié de M. Verneuil a été *relativement* guéri ; le deuxième a eu une récurrence (c'est le sujet de notre première observation). Nous y trouvons également que M. G. Marchand a eu un succès avec son premier malade ; chez le deuxième le prolapsus était reproduit en partie deux mois après l'opération ; chez un troisième la guérison a été complète en trois semaines ? Ajoutons que M. Jeannel a eu récemment un insuccès avec cette méthode (Voir l'obs. IV).

On peut donc dire que la rectopexie postérieure, même modifiée, manque souvent son but. Il ne saurait en être autrement puisque les adhérences que l'on crée ne fixent que quelques centimètres de la paroi postérieure du rectum à sa *partie inférieure*, et que dans les prolapsus graves ce sont les attaches supérieures qui font défaut.

Examinons maintenant le bilan de la méthode colopexique.

Nous n'avons pu recueillir que trois colopexotomies. Celle de M. Berger ne doit pas être considérée comme un échec, puisque la guérison s'est maintenue pendant huit mois et que le prolapsus ne s'est reproduit qu'après la rupture artificielle des adhérences pendant une opération ultérieure.

L'opéré de M. Richelot n'a pas eu de récurrence ; la réduction du prolapsus qui avait résisté à tous les autres traitements, persiste ainsi depuis près de deux ans.

La guérison de la malade de M. Jeannel s'est maintenue jusqu'à sa mort survenue trois ans et demi après l'opération. A l'autopsie, on a trouvé au niveau de la cicatrice

colo-abdominale des « adhérences fibreuses défiant toute tentative de rupture par traction. »

En somme trois tentatives et trois guérisons dont deux définitives.

La cause est donc gagnée pour la colopexotomie.

La colopexie peut-elle donner d'aussi bons résultats? Voyons les faits. Nous avons recueilli sept colopexies simples. Nous laisserons de côté la colopexie lombaire de M. Tuffier ; nous avons exposé précédemment les principales raisons qui doivent faire rejeter cette méthode.

Dans le cas de M. Verneuil (Obs. I) le prolapsus s'est reproduit en partie ; mais rappelons que le rectum n'était que partiellement réductible à cause des nombreux traitements antérieurs, et, qu'on n'avait compris dans la suture péritonéo-abdominale que quelques appendices épiploïques.

Dans notre observation IV, M. Jeannel avait passé les fils à travers le mésentère à un centimètre de l'insertion intestinale : il y a eu une *très légère* récédive.

Dans trois colopexies (Obs. III, V et VI) les fils ont affleuré et entamé un peu la musculouse intestinale, ou ont cheminé à travers les tuniques musculaires ; la guérison a été *complète* et *s'est maintenue*.

Ces faits démontrent, d'une part, que la suspension de l'intestin à l'aide du mésentère est insuffisante, car ce dernier peut se relâcher, glisser ou s'allonger, et permettre la reproduction du prolapsus ; d'autre part, qu'il faut provoquer directement des adhérences entre les parois intestinale et abdominale en entamant avec la suture les tuniques musculaires de l'intestin.

Si l'on veut bien considérer que les quelques succès datent des débuts de la méthode, les résultats que nous relevons ne permettent plus de regarder la colopexie comme « un pis-aller qu'on ne doit accepter qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources chirurgicales », mais font de ce procédé le traitement le plus sûr des prolapsus complets du rectum.

CONCLUSIONS

I. — Dans les prolapsus complets, tout traitement qui ne rétablit pas les attaches supérieures du rectum manque son but.

II. — La méthode colopexique est la seule connue aujourd'hui, qui permette de donner à l'intestin des moyens de fixité supérieurs, solides et résistants.

III. — La technique opératoire qui est simple, le peu de gravité de l'opération et les résultats obtenus qui sont excellents, font de la méthode colopexique le meilleur traitement des prolapsus complets du rectum, toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indications sérieuses à son emploi.

Vu par le Président de la thèse,

DUPLAY

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GREARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Jeannel.** — Bull. Acad. de médecine, 1889. Congrès français de chirurgie, 5^e session, Paris, 1892.
- Verneuil.** — Bull. Soc. de chir. Passim. 1889, 1890.
- Broca.** — Gaz. hebd., 1889, p. 706.
- Thèses de Paris.** — Traitement du prolapsus du rectum : Menne, Chamayou, 1889 ; Lyot, 1890 ; Lefèvre, Soulié, 1891.
- Rochard.** — France médicale du 3 janvier 1890.
- Gross.** — Semaine médicale, 11 février 1890.
- Allingham.** — Diseases of the rectum, 1888.
- Berger.** — Bulletins de la Soc. de Ch., 1892. T. XVIII, p. 16.
- Bull. de la Soc. de Ch.** — Discussion sur le traitement du prolapsus du rectum, 1889.

